

# TIẾP CẬN LIÊN NGÀNH TRONG ĐÁNH GIÁ KHUYẾT TẬT HỌC TẬP THEO MÔ HÌNH ĐÁP ỨNG CAN THIỆP (RTI)

Nguyễn Thị Cẩm Hương<sup>1</sup>, Văn Thị Minh Hằng<sup>2</sup>

*Tóm tắt: Khuyết tật học tập (KTHT) có biểu hiện rõ rệt trong lĩnh vực học tập nhưng nguyên nhân nằm sâu trong chức năng thần kinh não bộ và các năng lực xử lý thông tin. Việc đánh giá KTHT cần thiết phải theo tiếp cận liên ngành giữa lĩnh vực y tế, tâm lý và giáo dục, giữa gia đình, nhà trường và bệnh viện/phòng khám. Trong nhà trường, mô hình Đáp ứng can thiệp (RTI) giúp phát hiện sớm và hỗ trợ sớm cho KTHT. Tuy nhiên, để có thể xác định KTHT ở học sinh, từ đó đưa ra những hỗ trợ chuyên sâu cho học sinh, cần phải có sự phối hợp liên ngành phù hợp theo các bước của mô hình này. Những vấn đề về quy trình phối hợp, nguồn nhân lực, công cụ cũng được trình bày và bàn luận trong bài viết.*

*Từ khóa: khuyết tật học tập, đánh giá, đáp ứng can thiệp, liên ngành.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật học tập là một trong số các rối loạn phát triển thần kinh, được DSM-5 gọi tên là Rối loạn học tập đặc thù (Specific Learning Disorders). Các nghiên cứu trong lĩnh vực y tế hay giáo dục đều thống nhất nhau về biểu hiện của khuyết tật học tập là những thiếu hụt có tính chất đặc thù và cục bộ trong kỹ năng học tập như đọc, viết, tính toán với nguyên nhân là những rối loạn trong chức năng cấp cao của hệ thần kinh trung ương. Do đặc điểm này, trong đánh giá khuyết tật học tập, đi từ chỗ phát hiện ra biểu hiện, tới chỗ xác định nguyên nhân nhất thiết phải có sự tham gia của cả lĩnh vực giáo dục và lĩnh vực y tế. Không chỉ vậy, lĩnh vực tâm lý cũng góp phần quan trọng trong công tác đánh giá.

Trong nhà trường, khi việc phát hiện học sinh KTHT chủ yếu dựa trên công tác đánh giá của người giáo viên, cần thiết phải có sự phối hợp với những lực lượng trong các lĩnh vực khác nhằm phát triển toàn diện vấn đề của học sinh và xác nhận vấn đề khuyết tật học tập của học sinh. Mô hình Đáp ứng can thiệp (Response to Intervention) là mô hình đề xuất nhằm giúp giáo viên và nhà trường phát hiện sớm và hỗ trợ sớm khuyết tật học tập (cũng như các rối loạn phát triển khác) một cách hệ thống. Mô hình này cũng được xem như là một quy trình đánh giá KTHT có sự phối hợp của nhiều bên.

<sup>1</sup> Khoa Giáo dục đặc biệt, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội

<sup>2</sup> Sinh viên lớp K70A, Khoa Giáo dục đặc biệt, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội

Bài viết này nhằm tổng hợp, phân tích, nhận định và đề xuất các nhu cầu và yêu cầu về phối hợp liên ngành của các bên có liên quan nhằm phục vụ công tác đánh giá KTHT một cách kịp thời và hiệu quả.

## **2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Yêu cầu về sự phối hợp liên ngành trong đánh giá khuyết tật học tập**

#### **2.1.1. Khái niệm khuyết tật học tập**

Trong lĩnh vực y tế, năm 2013, trong phiên bản mới nhất của Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các rối loạn tâm thần DSM-5, KTHT là một trong những dạng rối loạn phát triển thần kinh, được gọi bằng thuật ngữ rối loạn học tập cục bộ (Specific Learning Disorder - SLD). Theo đó, “Rối loạn học tập cục bộ là một dạng rối loạn phát triển thần kinh có căn nguyên sinh học (biological origin) vốn là cơ sở của các bất thường (abnormalities) ở cấp độ nhận thức được thể hiện bởi các dấu hiệu hành vi rối loạn. Sự bất thường này ảnh hưởng đến khả năng cảm nhận hay xử lý một cách hiệu quả và chính xác thông tin bằng lời nói hoặc thông tin phi lời nói của não bộ, biểu hiện ở những khó khăn trong việc đọc, viết, tính toán” (APA, 2013).

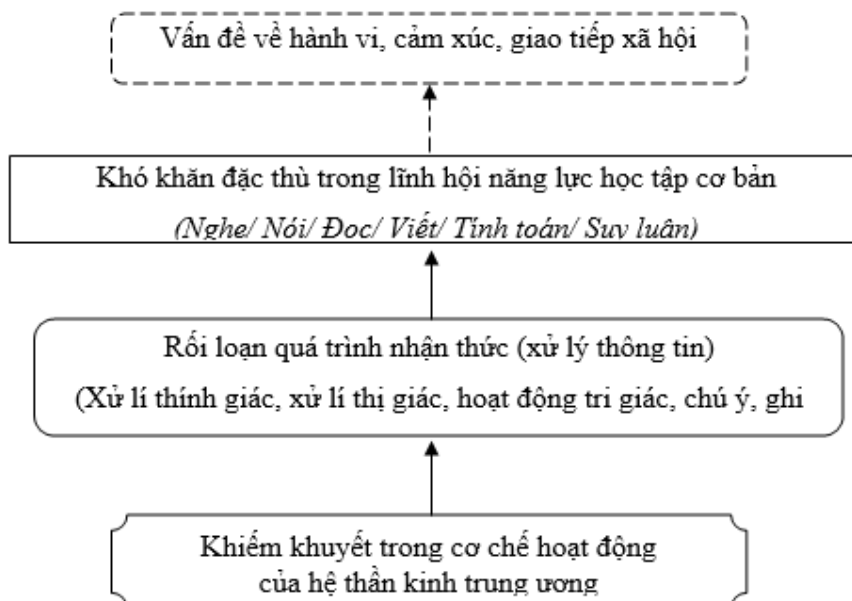
Năm 2019, khuyết tật học tập được Bảng Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD phiên bản 11 (ICD-11) của Tổ chức Y tế Thế giới WHO gọi tên là Rối loạn học tập phát triển (Developmental learning disorder) và định nghĩa: “Rối loạn học tập phát triển được đặc trưng bởi những khó khăn đáng kể và dai dẳng trong việc học các kỹ năng học tập, có thể bao gồm đọc, viết hoặc số học. Thành tích của cá nhân trong (các) kỹ năng học tập bị ảnh hưởng thấp hơn rõ rệt so với những gì được mong đợi đối với độ tuổi theo thời gian và mức độ hoạt động trí tuệ chung, đồng thời dẫn đến suy giảm đáng kể chức năng học tập hoặc nghề nghiệp của cá nhân đó. Rối loạn học tập phát triển biểu hiện đầu tiên khi các kỹ năng học tập được dạy trong những năm đầu đời. Rối loạn học tập phát triển không phải do rối loạn phát triển trí tuệ, suy giảm giác quan (thị giác hoặc thính giác), rối loạn thần kinh hoặc vận động, thiếu khả năng tiếp cận giáo dục, không thông thạo ngôn ngữ giảng dạy học thuật hoặc nghịch cảnh tâm lý xã hội” (WHO, 2019).

Trong lĩnh vực giáo dục, khuyết tật học tập được định nghĩa là KTHT là “Dạng khuyết tật liên quan đến những khó khăn đặc thù trong việc lĩnh hội và vận dụng các năng lực học tập như nghe, nói, đọc, viết, tính toán và suy luận làm suy giảm đáng kể kết quả và thành tích học tập. Nguyên nhân của khuyết tật học tập là do sự khiếm khuyết chức năng của hệ thần kinh dẫn tới những bất thường trong khả năng nhận thức. KTHT về cơ bản phân biệt với khuyết tật trí tuệ. Các khuyết tật trí tuệ, thính

giác, thị giác, những ảnh hưởng của yếu tố môi trường, các vấn đề về hành vi, cảm xúc... có thể xảy ra cùng KTHT nhưng không phải nguyên nhân trực tiếp gây ra KTHT” (Nguyễn Thị Cẩm Hương và cộng sự, 2022).

Trong hầu hết các định nghĩa đều có đề cập tới cơ chế nảy sinh KTHT. Các khó khăn trong kỹ năng học tập và thành tích học tập sụt giảm thường là dấu hiệu đầu tiên để nhận biết KTHT, song đó là hệ quả của nguyên nhân sâu xa bên trong không dễ phát hiện ra. Nguyên nhân gây ra KTHT cũng được xem xét theo hai tầng, gồm nguyên nhân gốc rễ và nguyên nhân phái sinh. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định nguyên nhân gốc rễ là sự khiếm khuyết trong các vùng chức năng não bộ như hồi góc và trên bờ, hồi chẩm thái dương với Dyslexia (Richards et al, 2009), rãnh giữa thùy đỉnh với Dyscalculia (Price et al., 2007). Tầng nguyên nhân phái sinh là hệ quả của những rối loạn trong chức năng thần kinh não bộ: Sự rối loạn các năng lực xử lý thông tin. Cơ bản, nhiều nghiên cứu tìm thấy bằng chứng cho thấy sự rối loạn về năng lực ghi nhớ công việc (Nguyễn Thị Cẩm Hương, 2014; Flanagan & Kaufman, 2009), năng lực tri giác thị giác (Sortor & Kulp, 2003; Garje Mona et al, 2015, ), năng lực nhận thức âm vị (Shaywitz, 2005), Tanaka et al., 2012). Không chỉ dừng lại ở những khó khăn, hạn chế trong kỹ năng học tập và năng lực xử lý thông tin, học sinh KTHT cũng dễ gặp phải các khó khăn về tâm lý, khó khăn về kiểm soát hành vi và kỹ năng xã hội (Takeda, 2017; Suzuki et al., 2008).

Mô hình dưới đây tổng hợp lại cơ chế nảy sinh KTHT.



**Mô hình 1: Cơ chế nảy sinh KTHT**

### **2.1.2. Yêu cầu phối hợp liên ngành trong đánh giá KTHT**

Từ định nghĩa và cơ chế nảy sinh KTHT, có thể thấy việc đánh giá KTHT cần phải có sự phối hợp liên ngành.

+ Xét theo nội dung đánh giá: Trong thực tiễn, việc phát hiện KTHT thường xuất phát từ các khó khăn đặc thù trong kỹ năng học tập, sự suy giảm thành tích và kết quả học tập. Tuy nhiên, việc chỉ tập trung vào một nhóm dấu hiệu trong kỹ năng học tập để xác định KTHT dễ dẫn đến đánh giá nhầm KTHT với những khó khăn và khuyết tật khác có cùng biểu hiện trong kỹ năng học tập do chỉ tập trung vào biểu hiện bề mặt. Trong y học, điều này được xem là chỉ tập trung vào bệnh chứng mà chưa xác nhận được nguyên nhân, điều dễ dẫn đến chẩn đoán nhầm, chẩn đoán sai. Nếu như không có bằng chứng xác nhận những khó khăn đặc thù trong kỹ năng học tập là do các rối loạn trong năng lực xử lý thông tin và khiếm khuyết trong chức năng của hệ thần kinh trung ương gây ra, thì không đủ sức thuyết phục học sinh có biểu hiện đó là học sinh KTHT.

Nói cách khác, không những cần có đánh giá xác định biểu hiện của KTHT, mà còn cần những đánh giá xác định nguyên nhân gây ra các biểu hiện đó có liên quan đến rối loạn quá trình xử lý thông tin và các khiếm khuyết trong chức năng thần kinh cấp cao. Do vậy, khi đánh giá để xác định KTHT phải bao gồm đánh giá năng lực học tập, đánh giá năng lực nhận thức và đánh giá chức năng thần kinh cấp cao.

Hơn thế, khá nhiều học sinh KTHT không được phát hiện từ sớm dẫn tới có khó khăn trong tâm lý và hành vi, thậm chí, các khó khăn thứ phát này che phủ cả khó khăn gốc rễ KTHT. Vì thế, đánh giá KTHT cũng cần phải kết hợp những đánh giá phát triển. Điều này giúp phát hiện sớm các khó khăn thứ phát hoặc ngăn ngừa sớm các khó khăn này, giảm bớt tác động xấu của KTHT lên đời sống và sự phát triển toàn diện của học sinh KTHT.

Điều này đòi hỏi phải có sự phối hợp liên ngành giữa lĩnh vực giáo dục với lĩnh vực tâm lý và lĩnh vực y tế.

+ Xét theo công cụ đánh giá: Để chứng minh được mối quan hệ nguyên nhân, kết quả, các kết quả đánh giá khiếm khuyết trong chức năng của hệ thần kinh trung ương cần giải thích được những rối loạn trong năng lực nhận thức, quá trình xử lý thông tin. Tiếp đó, những kết quả đánh giá rối loạn năng lực nhận thức, xử lý thông tin phải giải thích được những khó khăn đặc thù trong kỹ năng học tập. Do đó, trong khi phối hợp liên ngành trong đánh giá KTHT, các công cụ cần phải đa dạng nhưng có mối quan hệ với nhau. Chẳng hạn những công cụ đánh giá năng lực nhận thức được xây dựng trên lý thuyết đương đại về nhận thức theo mô hình đa tầng, đa trí

thông minh như lý thuyết CHC có thể mối liên hệ và lí giải được các thao tác tư duy thì có thể giải thích được các khó khăn đặc thù trong kĩ năng học tập vốn phải dựa nhiều vào các thao tác tư duy.

Điều này cho thấy, người đánh giá ở các lĩnh vực khác nhau, ít nhiều cũng cần phải hiểu biết về công cụ đánh giá trong lĩnh vực khác để dễ dàng kết nối và phối hợp. Nói cách khác, việc phối hợp liên ngành về phương tiện đánh giá là hết sức cần thiết.

+ Xét về nguồn nhân lực: Do chỗ các lĩnh vực đánh giá, công cụ đánh giá khác nhau nên cần có sự phối hợp của nguồn nhân lực trong công tác đánh giá. Cụ thể, người làm trong lĩnh vực y tế khó có thể sử dụng, diễn giải thành thạo công cụ đánh giá năng lực học tập và ngược lại. Nếu như không nắm bắt yêu cầu chương trình giáo dục, dù có thể có kĩ năng sử dụng công cụ, người làm trong lĩnh vực y tế vẫn gặp các khó khăn trong việc đề xuất, khuyến nghị hướng can thiệp hỗ trợ học tập. Trong quá trình đánh giá, cần thiết phải có sự tham gia của các giáo viên phổ thông hay giáo viên giáo dục đặc biệt cùng với sự tham gia của cha mẹ học sinh. Việc lắng nghe ý kiến, tiếp nhận các kết quả đánh giá trong lĩnh vực học tập và phát triển của học sinh KTHT giúp các thông tin liên quan đến học sinh có tính toàn diện, tổng thể hơn, cung cấp thêm các bằng chứng để đưa vào các mô hình xác nhận KTHT. Đảm bảo thông tin đánh giá tổng hợp là đáp ứng đúng tiêu chuẩn trong đánh giá KTHT của DSM-5.

+ Xét theo thời điểm đánh giá: Trong tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 có nhấn mạnh tới việc các khó khăn trong kĩ năng học tập của học sinh KTHT có những lúc biểu hiện khác nhau, cho tới lúc biểu hiện đó cho thấy sự không thích ứng rõ ràng với yêu cầu của chương trình giáo dục phổ thông. Điều này cho thấy, nếu dựa vào khó khăn trong học tập của học sinh, các dấu hiệu của KTHT có dấu hiệu “trôi – sụt” là chuyện dễ xảy ra. Do đó việc theo dõi học sinh nghi ngờ KTHT trong thời gian dài là cần thiết. Người theo dõi học sinh phù hợp chính là cha mẹ và giáo viên phổ thông. Quá trình đánh giá phải phối hợp với các thành viên này để khai thác những thông tin trong lịch sử phát triển của học sinh. Không những vậy, sự phối hợp với cách thành viên là cha mẹ và giáo viên phổ thông phải tiến hành trong thời gian dài nếu tiến hành phát hiện sớm và hỗ trợ sớm theo mô hình Đáp ứng can thiệp.

## **2.2. Mô hình Đáp ứng can thiệp – Response to Intervention (RTI)**

### **2.2.1. Mô hình RTI là gì?**

“Đáp ứng can thiệp”, tên gốc tiếng Anh là “Response to Intervention”, thường được viết tắt là RTI. Đây là tên gọi của một chương trình, cũng là mô hình phát hiện và hỗ trợ sớm các khó khăn của học sinh trong trường học.

Mô hình Đáp ứng can thiệp (RTI) đề cập đến một quy trình nhân mạnh tới mức độ phản ứng của học sinh với những thay đổi trong phương pháp giảng dạy trong lớp học. Sự tiến bộ của từng học sinh được theo dõi và kết quả được sử dụng để đưa ra quyết định về việc hướng dẫn và can thiệp thêm. Về cơ bản, các trường học có thể sử dụng mô hình RTI để giúp đỡ những học sinh đang gặp khó khăn trong học tập hoặc hành vi và xác định những học sinh có thể mắc khuyết tật học tập (Auspeld, 2023).

RTI có nhiều lợi ích, đặc biệt khi được áp dụng để xác định học sinh KTHT: Đảm bảo rằng những học sinh gặp khó khăn đã nhận được hướng dẫn chất lượng cao trước khi giới thiệu đến dịch vụ giáo dục đặc biệt; Sử dụng dữ liệu lớp học, thay vì quan sát chủ quan, để đưa ra quyết định về việc HS có nên được giới thiệu để đánh giá cho các dịch vụ giáo dục đặc biệt hay không; Cung cấp dịch vụ ngay khi HS bắt đầu gặp khó khăn (Iris Center, 2023). Mô hình RTI giúp phát hiện sớm học sinh KTHT mà không cần chờ đợi tới khi học sinh gặp thất bại nghiêm trọng.

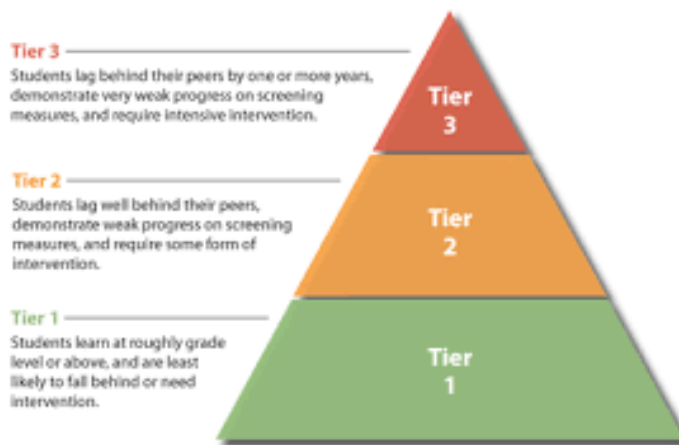
### **2.2.2. Quy trình đáp ứng can thiệp**

RTI có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau. Theo nghĩa rộng, RTI là một cách tiếp cận đa tầng như sau (Iris Center, 2023):

Tầng 1/ Tier 1: Học sinh nhận được hướng dẫn hiệu quả, được nghiên cứu xác nhận trong môi trường giáo dục phổ thông. Sự tiến bộ của học sinh được theo dõi hàng tuần.

Tầng 2/Tier 2: Học sinh có mức độ tiến bộ chậm hơn, sự cải thiện kém hơn mong đợi chung của cả nhóm tiếp tục nhận được sự hỗ trợ khác hoặc bổ sung từ giáo viên chủ nhiệm hoặc chuyên gia giáo dục khác. Sự tiến bộ của học sinh tiếp tục được theo dõi.

Tầng 3/Tier 3: Học sinh có tiến bộ vẫn chưa đủ để đáp ứng với hướng dẫn Tier 2 có thể được hướng dẫn chuyên sâu hơn, có thể được cung cấp theo nhiều cách khác nhau. Sau đó, tùy thuộc vào chính sách của từng khu vực, học sinh có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt dựa trên dữ liệu theo dõi tiến độ hoặc các em có thể nhận được đánh giá ngắn gọn hoặc toàn diện để xác định KTHT.



**Hình 1: Mô hình Đáp ứng can thiệp**

(trích theo <https://rtiandtherightpath.weebly.com/>)

Trong mô hình này, ở mỗi giai đoạn cụ thể, đối tượng học sinh, loại đánh giá, phương pháp và công cụ đánh giá được xác định cụ thể như bảng dưới đây (Trung tâm quốc gia về RTI (NCRTI), Fuch&Fuch, 2006).

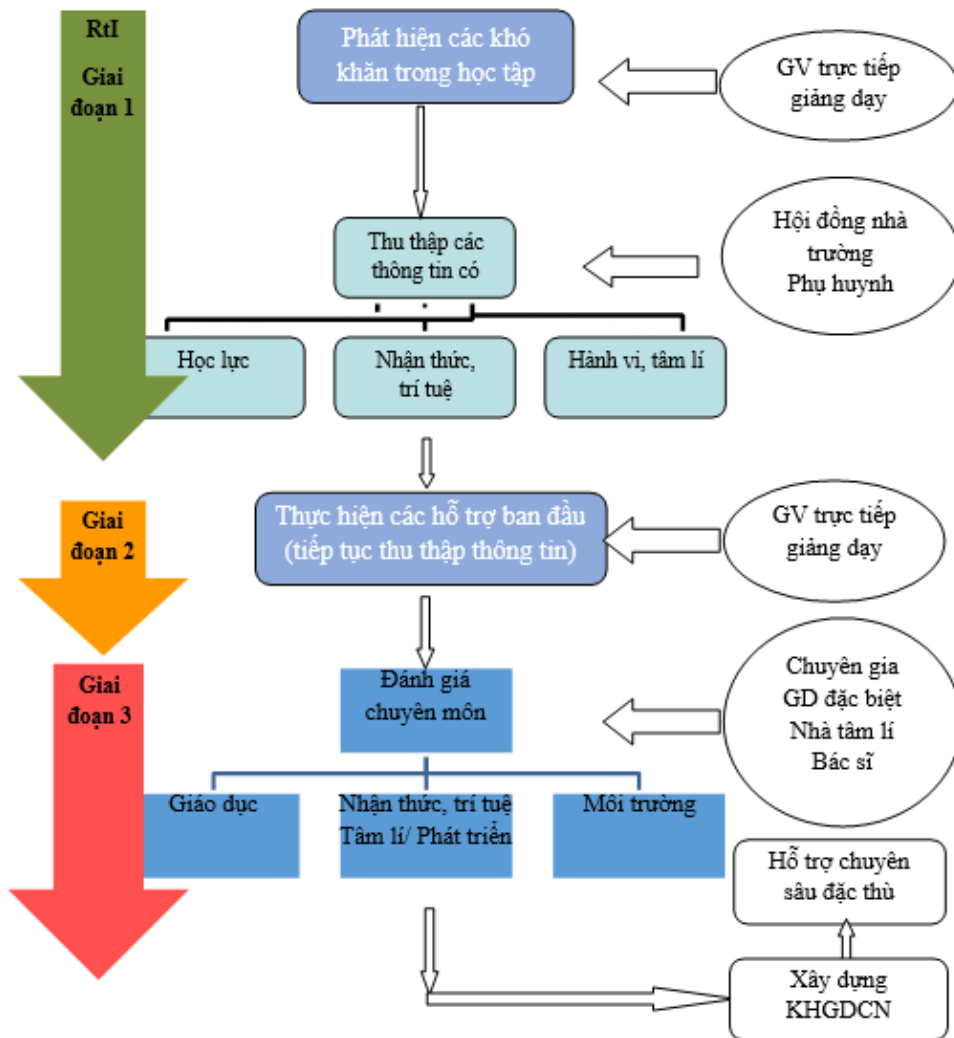
**Bảng 1: Các bước đánh giá khó khăn của học sinh dựa trên mô hình Đáp ứng can thiệp**

Đề mục	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3
Đối tượng HS	Khoảng 80% HS cả lớp.	Nhóm HS có biểu hiện yếu kém trong học tập (và hành vi) (khoảng 15%)	Một số học sinh yếu kém hơn, không cải thiện mức độ học tập sau can thiệp (khoảng 5%). Học sinh vẫn có thể học theo nhóm, nhưng được tiếp cận cá nhân nhiều hơn.
Loại đánh giá	Đánh giá tổng thể dựa trên chương trình dành cho HS cả lớp	Đánh giá sàng lọc đại trà	Đánh giá chuyên sâu, đánh giá tiếp cận cá nhân
Phương pháp đánh giá	Đánh giá không chính thức: Quan sát, phân tích sản phẩm	Bảng hỏi, checklist	Công cụ đánh giá chuẩn hóa

### 2.2.3. Phối hợp liên ngành trong đánh giá KTHT theo mô hình Đáp ứng can thiệp

Trong mô hình Đáp ứng can thiệp, học sinh nghi ngờ KTHT được các giáo viên phát hiện trước bằng các công cụ sàng lọc hoặc bằng các bài kiểm tra thông thường có đối chiếu với kết quả của học sinh trong lớp. Quá trình hỗ trợ giai đoạn 2 cũng dưới sự giám sát của giáo viên. Trong giai đoạn 3, việc đánh giá xác nhận KTHT cần thiết phải có sự tham gia của nhà chuyên môn gồm bác sĩ và chuyên gia tâm lý.

Mô hình dưới đây thể hiện quy trình đánh giá phát hiện KTHT theo mô hình Đáp ứng can thiệp ứng dụng trong trường phổ thông.



**Sơ đồ 1: Quy trình đánh giá học sinh khuyết tật học tập theo mô hình Đáp ứng can thiệp**

Thực hiện đánh giá KTHT theo mô hình này giúp quá trình phát hiện KTHT gắn liền với việc hỗ trợ sớm cho học sinh. Vai trò và thời điểm phối hợp của các thành viên rõ ràng và tránh trùng lặp. Đồng thời, các công cụ đánh giá cũng được sử dụng hợp lý, có thể tận dụng các công cụ đánh giá sẵn có, phù hợp và quen thuộc với các giáo viên.

## KẾT LUẬN

Là một khuyết tật ẩn và có tính phát triển, KTHT đòi hỏi phải được đánh giá một cách toàn diện và tổng thể trong nhiều lĩnh vực phát triển (nhận thức, trí tuệ, học tập, hành vi, ...). Điều này đòi hỏi phải có sự phối hợp giữa các lĩnh vực đánh giá, công cụ đánh giá và các nguồn nhân lực tham gia đánh giá. Sự phối hợp liên ngành trong



đánh giá KTHT là hết sức cần thiết. Trong quá trình phối hợp, nhìn từ góc độ y tế, các bác sĩ có vai trò quan trọng trong việc đưa ra quyết định chẩn đoán theo các mô hình và tiêu chuẩn trong lĩnh vực y tế. Trong khi đó, các giáo viên có vai trò tham gia cung cấp thông tin và/hoặc trực tiếp tham gia đánh giá trong lĩnh vực giáo dục, vai trò then chốt trong việc đề xuất, khuyến nghị các định hướng hỗ trợ. Các chuyên gia tâm lý tham gia vào các đánh giá phát triển, tư vấn, khuyến nghị các hỗ trợ phát triển cho học sinh. Cha mẹ là người liên kết các nguồn lực đánh giá. Sự thành lập một nhóm phối hợp liên ngành trong đánh giá KTHT là hết sức cần thiết, hoặc ít nhất cần phải có sự liên kết các lực lượng hay sử dụng phối hợp các kết quả đánh giá KTHT.

Mô hình Đáp ứng can thiệp (RTI) là mô hình phát hiện và hỗ trợ KTHT trong lĩnh vực giáo dục. Trong mô hình này, giáo viên đóng vai trò quan trọng trong việc liên kết các lực lượng đánh giá, quyết định thời điểm phối hợp với các lực lượng đánh giá và sự tham gia của các lực lượng phối hợp. Dựa trên mô hình này, trong nhà trường, các giáo viên chủ động quá trình phát hiện và hỗ trợ học sinh từ sớm ngay khi phát hiện các biểu hiện của KTHT.

Trong thực tế, việc phối hợp liên ngành có thể gặp khó khăn do thiếu sự liên lạc giữa các bên, thiếu công cụ đánh giá. Mô hình Đáp ứng can thiệp còn mới mẻ tại Việt Nam và cần được nghiên cứu phân tích chuyên sâu để có thể “hòa nhập” một cách “nhẹ nhàng” với hệ thống và cách thức vận hành của các nhà trường ở nước ta hiện nay. Phát triển các nghiên cứu về cách thức phối hợp, phát triển các công cụ đánh giá, phổ biến chia sẻ, giao lưu các thông tin là hết sức cần thiết để dần nâng cao hiệu quả phối hợp trong đánh giá KTHT.

*Lời cảm ơn:* Bài viết là một sản phẩm thuộc đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, mã số B2023-SPH-12.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. APA - American Psychiatric Association (2013). “*Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*”. American Psychiatric Publishing.
2. Auspeld (2023), *The response to intervention (RTI) model*. Parent’s Guide. <https://uldforparents.com/contents/identifying-and-diagnosing-specific-learning-disabilities/the-response-to-intervention-rti-model/#> (achieved on Mar.18th, 2023)
3. Flanagan, P.D., Kaufman, A.S (2009), *Essentials of WISC-IV Assessment, 2<sup>nd</sup> Ed.* John Wiley & Sons, Hoboken, N.J.
4. Fuch, D., & Fuch, L. S. (2006). Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it? *Reading Research Quarterly*, 41(1), 92-99.
5. Garje Mona, P., Dhadwad, V., Yeradkar, M. R., Adhikari, A., & Setia, M. (2015). Study of visual perceptual problems in children with learning disability. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*, 4(3), 492-97.

6. IRIS Center (2023), *The Response-to-Intervention Approach (RTI)*. (n.d.). <https://iris.peabody.vanderbilt.edu/module/rti01/cresource/> (achieved on Mar.18th, 2023)
7. Nguyễn Thị Cẩm Hương (2014), “Năng lực nhận thức ở học sinh khó khăn về viết từ kết quả trắc nghiệm WISC-IV”, *Kỷ yếu Hội thảo khoa học “Nhận biết, đánh giá và can thiệp trẻ có khuyết tật học tập” - Viện Khoa học giáo dục Việt Nam*, NXB Đại học Quốc gia Tp. Hồ Chí Minh (ISBN: 978-604-73-2945-8), 280-287.
8. Nguyễn Thị Cẩm Hương, Bùi Thế Hợp, Nguyễn Công Khanh, Đỗ Thị Thảo, Nguyễn Nữ Tâm An (2022), “Đánh giá khuyết tật học tập: Xu thế hiện nay và định hướng trên phương diện nghiên cứu ở Việt Nam”, *Tạp chí Khoa học - Trường Đại học Sư phạm Hà Nội*, 67 (2), pp. 82-91). DOI: 10.18173/2354-1075.2022-0025.
9. Price, G. R., Holloway, I., Rasanen, P., Vesterinen, M. & Ansari, D. (2007), “Impaired parietal magnitude processing in developmental dyscalculia”. *Current Biology* 17, 24, 1042-1043.
10. Richards, T., Berninger, V., Winn, W., Swanson, H.L., Stock, P., Liang, O., Abbott, R. (2009), “Differences in fMRI activation between children with and without spelling disability on 2-back/0-back working memory contrast”. *Journal of Writing Research*, 1 (2), 93-123.
11. Shaywitz, E.S. & Shaywitz, B. (2005), “Dyslexia (Specific Reading Disabilities)”. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1301-1309. (DOI:10.1016/j.biopsych.2005.01.043)
12. Sortor, J. M., & Kulp, M. T. (2003). Are the results of the Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration and its subtests related to achievement test scores?. *Optometry and vision science*, 80 (11), 758-763.
13. Suzuki Shigeo, Takeda Tetsuro, Kaneko Ken (2008), “Khảo sát nghiên cứu thực trạng và hỗ trợ học sinh LD, ADHD có rối loạn thích ứng tại các trường giáo dục đặc biệt toàn quốc”, *Tạp chí Nghiên cứu giáo dục đặc biệt*, 46 (1), 39-48 (<https://doi.org/10.6033/tokkyou.46.39>) (tiếng Nhật).
14. Takeda Tetsuro (2017), “*Phương pháp tiếp cận kiểu đề xuất, thương lượng để tăng cảm giác thành công của trẻ khuyết tật phát triển - Hỗ trợ không quát mắng nhưng không nhượng bộ*”. NXB Gakken (tiếng Nhật).
15. Tanaka Emiko, Era Shukichi, Baba Hiromichi (2012), “Liên hệ giữa kết quả WISC-III với khó khăn về viết – đặc trưng trong nhận thức của trẻ có khó khăn về viết không kèm khó khăn về đọc”. *Tạp chí Khoa học Khuyết tật học tập Nhật Bản* (tiếng Nhật).
16. World Health Organization (2019), “*International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics – Eleventh Revision (ICD-11)*”.